Allegato D

PROVINCIA DELLA SPEZIA

OGGETTO: **Procedura aperta per l'affidamento dei servizi assicurativi:**

Lotto 5 Polizza Infortuni

SCHEDA OFFERTA TECNICA

Il/la sottoscritto/a_____

(cognome e nome), nato a _____ (_____), il _____(luogo) (prov.) (data), residente a _____ ( ), Via _____, n. _____(luogo) (prov.) (indirizzo) in nome del concorrente " _____", con sede legale in (_____), Via _____, n. _____, (luogo) (prov.) (indirizzo)

nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

- Titolare o Legale rappresentante
- Procuratore speciale / generale

Dell'operatore economico che partecipa alla gara in oggetto nella sua qualità di:

(barrare la casella che interessa)

- Impresa individuale (lett. a), art. 34, d.lgs. 163/2006);
- Società (lett. a), art. 34, d.lgs. 163/2006), specificare tipo:

_____

_____;

- Consorzio fra società cooperativa di produzione e lavoro (lett. b), art. 34, d.lgs. 163/2006);
- Consorzio tra imprese artigiane (lett. b), art. 34, d.lgs. 163/2006);
- Consorzio stabile (lett. c), art. 34, d.Lgs. 163/2006);
- Mandataria di un raggruppamento temporaneo (lett. d), art. 34, d.lgs. 163/2006)
  - costituito
  - non costituito;
- Mandataria di un consorzio ordinario (lett. e), art. 34, d.lgs. 163/2006);
  - costituito
  - non costituito;
- GEIE (lett. f), art. 34, d.lgs. 163/2006)
- Mandataria di aggregazione di imprese aderenti al contratto di rete (lett. f-bis), art. 34, d.lgs. 163/2006);

in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici,

D I C H I A R A

- di accettare integralmente le condizioni di copertura di cui al Capitolato Speciale d'Appalto relativo alla copertura assicurativa in argomento;
- di offrire per la copertura assicurativa in argomento quanto segue:

Lotto/ Elementi e sub-elementi di valutazione		Varianti migliorative offerte *(apporre una X a fianco della variante scelta)*	
Lotto 5 (Infortuni cumulativa)			
1	**Capitale assicurato**		
1 a	Capitale assicurato caso morte € 200.000,00 ed Invalidità Perm. € 300.000,00 (fermo il resto) per le categorie 1.4 conducenti veicoli privati – 1.3 conducenti veicoli Ente –		
1 b	Capitale assicurato caso morte € 250.000,00 ed Invalidità Perm. € 250.000,00 (fermo il resto) per le categorie 1.4 conducenti veicoli privati – 1.3 conducenti veicoli Ente –		
2	**Franchigie**		
2 a	Riduzione della franchigia su Invalidità permanente per le due categorie di cui al punto precedente al 2%		
2 b	Eliminazione della franchigia su Invalidità permanente per le due categorie di cui sopra		
3	**Rimborso spese mediche € 5.000,00 per tutte le categorie di polizza**		

LUOGO E DATA _____ Firma della Compagnia _____

In caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o consorzio ordinario di concorrenti, non ancora costituiti, ai sensi del comma 8, art. 37, d.lgs. 163/2006, nonché in caso di coassicurazione:

firma _____ per l'Impresa mandataria (o delegataria) _____

(timbro e firma leggibile)

firma _____ per l'Impresa mandante (o delegante) _____

(timbro e firma leggibile)

firma _____ per l'Impresa mandante (o delegante) _____

(timbro e firma leggibile)

N.B **ogni pagina** del presente modulo dovrà essere corredato di **timbro della società e sigla del legale rappresentante**